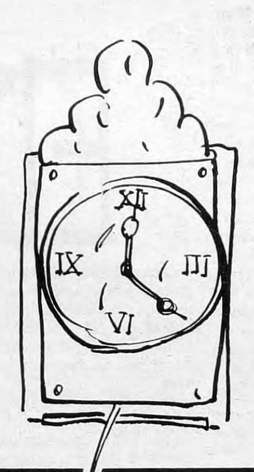


FUTURO

Nuevas tecnologías reproductivas e ideología



Desde hace unos pocos años, las nuevas tecnologías reproductivas producen asombro e ilusión en miles de mujeres de todo el mundo. Sin embargo, pocos se preguntan por las consecuencias psicológicas que la fecundación in vitro, la inseminación artificial con o sin donante o las hormonas dejan en las parejas. Lo que sigue es un extracto del libro de la psicóloga argentina radicada en España Silvia Tuber, recién editado por Siglo XXI y titulado ''Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología''. Una mirada como para demostrar que los cuerpos de las mujeres no son sólo engranajes que con un mero ajuste mejoran su rendimiento.

MUJERES SIN SOMBRA

Por Silvia Tubert

El nacimiento y la muerte ocupan un lugar preponderante en el imaginario humano: una gran cantidad de mitos asocian ambos acontecimientos entre sí y, simultáneamente, con la figura de la mujer.

La capacidad de transmitir la vida evoca la capacidad de quitarla y ambas aparecen como expresiones de una potencialidad de carácter divino, mágico. Por ello, el papel de la mujer en la reproducción da lugar a una imagen omnipotente e ilimitada. La sexualidad de la mujer es representada como una fuerza devoradora, insaciable, mortal.

Por otro lado, la sexualidad femenina también despierta angustia en tanto alude a la diferencia de los sexos, a la alteridad, que aparece como una amenaza para la superioridad masculina en el orden patriarcal. Quizá por esta razón, la ideología imperante en este orden representa —y aun construye— a la mujer siempre como madre.

La ideología sitúa a la feminidad en el lugar de la maternidad, definida como maternidad biológica, y la ciencia y la tecnología se hacen eco de ello poniéndose al servicio de conservar la creencia en su naturalidad (paradójicamente, puesto que se trata de artificios), y de mantener la ecuación mujer = madre.

La esterilidad, como la frigidez, da cuenta de una resistencia muda a una función simbólica concebida como natural e impuesta como tal, a una definición ideológica del goce, del deseo y de los ideales de la feminidad y de la felicidad. La mujer que no es madre perturba el orden establecido, pone en cuestión aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres, conmueve el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico, el poder de uno sobre el otro.

Si la sexología lucha contra la frigidez, las Nuevas Tecnologías Reproductivas (NTR) combaten la esterilidad. Quizás estas técnicas están subtendidas por la exigencia de impedir que haya una que no sea madre, de garantizar que no haya una que no esté plenamente identificada con su función reproductora supuestamente natural, con la función que la definiría en su ser. Si todas son madres, quedaría respondida la pregunta por la feminidad, el interrogante sobre el deseo de la mujer. Pero si no todas son madres, ¿qué es entonces una mujer? (...)

Si la anticoncepción, al permitir el control de los nacimientos por parte de la mujer, puede suscitar el fantasma de la confusión de los sexos, las NTR, por su parte, restablecerían la distinción al evitar, al menos imaginariamente, que alguna mujer no se integre en la categoría de madre. En este sentido, lo temido no sería sólo una sexualidad femenina descontrolada y devoradora, sino también la confusión de los sexos con el consiguiente cuestionamiento de las identidades sexuales establecidas.

La petrificación del deseo de ser madre obtura el cuestionamiento sobre el deseo de las mujeres, e impide que se replantee una y otra vez no sólo la cuestión de la diferencia de los sexos sino también la de las diferencias entre las mujeres como sujetos deseantes. Si en la comparación con los hombres, desde una perspectiva que confunde lo imaginario con lo simbólico, salen perdiendo, se busca que haya al menos paridad entre todas las mujeres, definidas como género, que no haya un más ni un menos entre ellas.

ALGUNOS HECHOS

Veamos brevemente la gama de respuestas médicas ante las consultas por infertilidad.[1]

Tratamientos hormonales. En el caso del hombre, los tratamientos hormonales son escasos y poco eficaces. Se conoce la fisiología de la espermatogénesis, pero aún no se dispone de medicamentos capaces de estimularla directamente. En cambio, es fácil bloquearla: existe desde hace casi diez años la píldora masculina. La administración de hormonas puede bloquear la espermatogénesis del mismo modo que bloquea la ovulación en la mujer; el problema es que impide la erección, por lo que las píldoras masculinas incluyen, además, un producto que permite mantener la erección. Puesto que los resultados obtenidos han demostrado ser muy satisfactorios, cabría preguntarse las causas de que este medicamento no haya sido difundido como lo fue la píldora femenina, cuando no se conocían sus efectos a largo plazo, o aun hoy, cuando ya se conocen sus riesgos.

En los casos de oligospermia y/o astenospermia (insuficiente cantidad y/o movilidad de los espermatozoides), la solución médica más cómoda es el tratamiento de la mujer. Ella es quien lleva de facto el peso de la infertilidad, tanto física como psíquicamente. La investigación médica de la fertilidad está mucho más avanzada en el dominio femenino que en el masculino. Durante siglos, las tradiciones culturales occidentales no permitían siquiera suponer que el hombre fuera estéril. La ecuación fertilidad-virilidad tenía tal fuerza que plantear la posibilidad de la infertilidad equivalía a tachar a un hombre de impotente, cosa que aún sucede en nuestros días.

En el caso de la mujer, los tratamientos hormonales son mucho más numerosos y variados. Estos tratamientos intentan paliar, mediante una aportación exógena, una insuficiencia hormonal femenina, diagnosticada por la curva de la temperatura y el dosaje de hormonas en sangre. Basta con esperar al fin del ciclo menstrual para saber si el medicamento ha sido eficaz. En caso de fracaso, habrá que reiniciar el tratamiento y volver a esperar, con la condición de que la pareja haya tenido relaciones sexuales durante el período fértil. Los especialistas refieren que, con el tiempo, las parejas se limitan a tener relaciones sexuales en el momento indicado, antes de la subida de la temperatura en la mujer, lo que da lugar a una nueva paradoja: cuanto mayor es la dificultad para concebir, menor es la frecuencia de relaciones sexuales. Pero la contradicción es sólo aparente: es evidente que la práctica de una sexualidad medicalizada, cuyo único interés radica en su rendimiento, programada y controlada por el médico, no resulta demasiado atractiva. No es difícil que se instale un círculo vicioso, si tenemos en cuenta, además, los efectos psicológicos de la repetición mensual del fracaso.

Tratamientos quirúrgicos. Se pueden proponer al hombre dos tipos de intervenciones quirúrgicas. Uno de ellos corresponde al diagnóstico de varicocele, que se encuentra en muchos hombres infecundos, a pesar de que, después de la operación, no se observa una mayor frecuencia de embarazos en sus mujeres y de que el varicocele puede encontrarse también en padres de familias numerosas. El otro tipo de intervención intenta restablecer la permeabilidad de los canales espermáticos cuando éstos se encuentran bloqueados, aunque muchas veces este tipo de obstáculo es inaccesible a la cirugía.

Para la mujer, existe la cirugía reparadora o reconstructora de las trompas de Falopio. Diferentes autores indican que las principales causas de obstrucción tubárica son las enfermedades de transmisión sexual no detectadas o mal tratadas, las infecciones provocadas por la utilización del DIU sin un seguimiento adecuado, los descuidos en intervenciones quirúrgicas, los abortos realizados en malas condiciones sanitarias, etc. En Estados Unidos la obstrucción tubárica representa el 21 por ciento de las causas de esterilidad, en Francia el 25 por ciento. Se considera que la cirugía de las trompas alcanza el éxito en un tercio de los casos. Si menciono estas cifras es porque se acepta generalmente que la esterilidad por factor tubárico es la principal indicación para la fecundación in vitro (FIV): diversos investigadores coinciden en apreciar que sería más rentable y racional emplear fondos para *prevenir* enfermedades de transmisión sexual y tratar las ya contraídas, las infecciones pélvicas y la tuberculosis (cuya incidencia está aumentando en España y cuya localización genital es una causa no desdeñable de esterilidad), que emplearlos en desarrollar programas de FIV, ya que de esta forma se eliminaría al menos parte de las causas de la esterilidad, en lugar de paliar costosamente las consecuencias.

De aquí en adelante, los tratamientos conciernen sólo a la mujer.

Inducción de la ovulación. Ante la ausencia de ovulación, se puede estimular el circuito hipotálamo-hipofisario que interviene en la regulación de ovulación o, si aquél no responde, actuar directamente sobre los folículos ováricos mediante dos hormonas: HMG (gonadotrofina menopáusica humana), que permite obtener la maduración folicular, y HCG (gonadotrofina coriónica humana), que desencadena la ovulación. Se trata de una terapéutica sustitutiva, que no tiene en cuenta los mecanismos finos de regulación del sistema endocrino; por ello, las posibilidades de éxito aumentan paralelamente a los riesgos: el crecimiento folicular puede descontrolarse, en cuyo caso el folículo puede alcanzar una dimensión enorme y romperse, lo que requiere hospitalización; el número de folículos estimulados es casi siempre superior a uno, lo que conlleva el riesgo de embarazos múltiples; y sobre todo, en caso de maduración de un exceso de folículos, sucede a menudo que ninguno alcance la plena madurez.

Estos tratamientos sólo están indicados para un pequeño número de mujeres cuya actividad ovárica es prácticamente nula. Sin embargo, los textos consultados indican que muchos médicos los aplican con el simple fin de *mejorar* la ovulación de mujeres que ovulan espontáneamente, por lo que se llega a hablar de un "encarnizamiento terapéutico peligroso". Los éxitos tampoco son muy numerosos: se obtiene la ovulación en un 80 por ciento de los casos y el embarazo en un 30 a 40 por ciento, pero hay que añadir que aumenta el riesgo de abortos espontáneos, que se producen en un 25 por ciento de los casos.

Janaud y Delaisi de Parseval observan que hay algo más grave aún que el encarnizamiento terapéutico: *condenar* a una mujer a ovular, en efecto, es negarse a considerar la significación inconsciente de la anovulación y esa negación contribuye a reforzar las resistencias o a desplazarlas. Las mujeres que recurren a un tratamiento para la esterilidad manifiestan su deseo de hijo, pero la falta de ovulación, al mismo tiempo, les permite evitar el *riesgo* del embarazo. Forzar la ovulación equivale a ignorar la complejidad de la situación en la que se encuentran: disyunción del deseo y la demanda, ambivalencia, conflicto entre deseos encontrados o, al menos obstáculos inconscientes para la realización de lo que se formula como deseo. La alta tasa de abortos, en estos casos, da cuenta del rechazo al embarazo forzado. Negar el valor de síntoma de la anovulación equivale, para los autores mencionados, a hacer pasar a la paciente del estado de mujer al de animal, pues este tratamiento se acompaña del fantasma megalomaníaco de hacer ovular a la mujer como se hace poner un huevo a una gallina ante una señal. Se puede comparar la inducción de la ovulación con la intubación de una paciente anoréxica para alimentarla por la fuerza, con la diferencia de que en este caso se intenta salvar su vida.

El médico t…

EL CONTR… FEME…

Láser dental

LA LINTERNA MAGICA

Por S.M.

Viejo, viejo, mirá, en el suplemento **Futuro** de **Página/12** apareció lo que vos estás buscando", gritó la esposa del odontólogo Moisés Coogan, un sábado apacible y sin caries a la vista.

Ese día se reproducía en **Futuro** un artículo de la revista *Omni* que mencionaba la construcción de un aparato bautizado con la denominación inglesa "dental laser", por estas tierras aceptada como "láser dental". Esa noche Coogan no durmió. Venía pasando varios años pensando cómo hacerle perder a la gente —chicos y grandes— el miedo al torno. Y sabía que, sin saberlo, el inventor del láser le daría la respuesta.

Este suplemento le proporcionó las señas de la publicación original; se contactó con ella hasta conseguir los datos de los inventores y llegó hasta la American Dental Laser de Estados Unidos, desde donde el flamante instrumental empezaba a desparramarse por el mundo. Después de estos trámites, algo más le quitó el sueño: conseguir los U$S 50.000 que debía oblar para desembarcarlo en la Argentina.

Hoy el láser dental ya está aquí convertido en el primero instalado en el país y el segundo en Sudamérica (en Brasil también se consigue). Los que ya se sentaron en el temido sillón con buchera incorporada aseguran que, después de esta linterna mágica, vade retro al torno.

El láser dental fue desarrollado por una dentista para los dentistas que seguían de cerca la trayectoria del invento de los años 60, especialmente sus aplicaciones médicas.

"Esta 'emisión amplificada y estimulada de radiación' que es cualquier láser —explicó a **Futuro** Coogan— permite, en odontología, realizar cirugías menores preparando la cavidad, desensibilizando los dientes, raspando y haciendo curetaje de raíz, además de incisiones y excisiones en encías."

"El láser ahorra tiempo —agregó— porque elimina, combina y simplifica pasos e introduce soluciones al problema de la hipersensibilidad. Es preciso, con lo cual se evita la destrucción del tejido sano. Mantiene el campo seco de hemorragias reduciendo el peligro de infecciones tanto para el paciente como para el dentista, y esto tiene especial importancia en los tiempos del SIDA."

Con la eliminación del dolor queda totalmente justificado el uso del láser dental. El miedo al torno ha hecho volver sobre sus pasos al más valiente de los pacientes. "Todas las personas que son tratadas con este instrumental —dijo Coogan— nos informan diariamente de la ausencia de dolor. Ocasionalmente puede requerirse anestesia, pero se está eliminando en la mayoría de los casos."

Una encuesta realizada en Estados Unidos entre pacientes tratados con el láser dental reveló que el 100 por ciento prefiere la "luz mágica" a la fresa. Hoy hay alrededor de 500 láseres dentales en todo el mundo desde que la Food and Drug Administration (FDA) les dio su aprobación en mayo de 1991. Una "primera generación" tecnológica que llegó para vencer a los temibles dentistas y su poderoso torno eléctrico.

El médico taumaturgo

EL CONTROL DE LO FEMENINO

Por Silvia Tubert

El nacimiento y la muerte ocupan un lugar preponderante en el imaginario humano: una gran cantidad de mitos asocian ambos acontecimientos entre sí y, simultáneamente, con la figura de la mujer.

La capacidad de transmitir la vida evoca la capacidad de quitarla y ambas aparecen como expresiones de una potencialidad de carácter divino, mágico. Por ello, el papel de la mujer en la reproducción da lugar a una imagen omnipotente e ilimitada. La sexualidad de la mujer es representada como una fuerza devoradora, insaciable, mortal.

Por otro lado, la sexualidad femenina también despierta angustia en tanto alude a la diferencia de los sexos, a la alteridad, que aparece como una amenaza para la superioridad masculina en el orden patriarcal. Quizá por esta razón, la ideología imperante en este orden representa —y aun construye— a la mujer siempre como madre.

La ideología sitúa a la feminidad en el lugar de la maternidad, definida como maternidad biológica, y la ciencia y la tecnología se hacen eco de ello poniéndose al servicio de conservar la creencia en su naturalidad (paradójicamente, puesto que se trata de artificios), y de mantener la ecuación mujer = madre.

La esterilidad, como la frigidez, da cuenta de una resistencia muda a una función simbólica concebida como natural e impuesta como tal, a una definición ideológica del goce, del deseo y de los ideales de la feminidad y de la felicidad. La mujer que no es madre perturba el orden establecido, pone en cuestión aquello que regula las relaciones entre hombres y mujeres, conmueve el sistema de exclusiones que rige el orden jerárquico, el poder de uno sobre el otro.

Si la sexología lucha contra la frigidez, las Nuevas Tecnologías Reproductivas (NTR) combaten la esterilidad. Quizás estas técnicas están subtendidas por la exigencia de impedir que haya una que no sea madre, de garantizar que no haya una que no esté plenamente identificada con su función reproductora supuestamente natural, con la función que la definiría en su ser. Si todas son madres, quedaría respondida la pregunta por la feminidad, el interrogante sobre el deseo de la mujer. Pero si no todas son madres, ¿qué es entonces una mujer? (...)

Si la anticoncepción, al permitir el control de los nacimientos por parte de la mujer, puede suscitar el fantasma de la confusión de los sexos, las NTR, por su parte, restablecerían la distinción al evitar, al menos imaginariamente, que alguna mujer no se integre en la categoría de madre. En este sentido, lo temido no sería sólo una sexualidad femenina descontrolada y devoradora, sino también la confusión de los sexos con el consiguiente cuestionamiento de las identidades sexuales establecidas.

La petrificación del deseo de ser madre obtura el cuestionamiento sobre el deseo de las mujeres, e impide que se replantee una y otra vez no sólo la cuestión de la diferencia de los sexos sino también la de las diferencias entre las mujeres como sujetos deseantes. Si en la comparación con los hombres, desde una perspectiva que confunde lo imaginario con lo simbólico, salen perdiendo, se busca que haya al menos paridad entre todas las mujeres, definidas como género, que no haya un más ni un menos entre ellas.

ALGUNOS HECHOS

Veamos brevemente la gama de respuestas médicas ante las consultas por infertilidad.[1]

Tratamientos hormonales. En el caso del hombre, los tratamientos hormonales son escasos y poco eficaces. Se conoce la fisiología de la espermatogénesis, pero aún no se dispone de medicamentos capaces de estimularla directamente. En cambio, es fácil bloquearla: existe desde hace casi diez años la píldora masculina. La administración de hormonas puede bloquear la espermatogénesis del mismo modo que bloquea la ovulación en la mujer; el problema es que impide la erección, por lo que las píldoras masculinas incluyen, además, un producto que permite mantener la erección. Puesto que los resultados obtenidos han demostrado ser muy satisfactorios, cabría preguntarse las causas de que este medicamento no haya sido difundido como lo fue la píldora femenina, cuando no se conocían sus efectos a largo plazo, o aun hoy, cuando ya se conocen sus riesgos.

En los casos de oligospermia y/o astenospermia (insuficiente cantidad y/o movilidad de los espermatozoides), la solución médica más cómoda es el tratamiento de la mujer. Ella es quien lleva de facto el peso de la infertilidad, tanto física como psíquicamente. La investigación médica de la fertilidad está mucho más avanzada en el dominio femenino que en el masculino. Durante siglos, las tradiciones culturales occidentales no permitían siquiera suponer que el hombre fuera estéril. La ecuación fertilidad-virilidad tenía tal fuerza que plantear la posibilidad de la infertilidad equivalía a tachar a un hombre de impotente, cosa que aún sucede en nuestros días.

En el caso de la mujer, los tratamientos hormonales son mucho más numerosos y variados. Estos tratamientos intentan paliar, mediante una aportación exógena, una insuficiencia hormonal femenina, diagnosticada por la curva de la temperatura y el dosaje de hormonas en sangre. Basta con esperar al fin del ciclo menstrual para saber si el medicamento ha sido eficaz. En caso de fracaso, habrá que reiniciar el tratamiento y volver a esperar, con la condición de que la pareja haya tenido relaciones sexuales durante el período fértil. Los especialistas refieren que, con el tiempo, las parejas se limitan a tener relaciones sexuales en el momento indicado, antes de la subida de la temperatura en la mujer, lo que da lugar a una nueva paradoja: cuanto mayor es la dificultad para concebir, menor es la frecuencia de relaciones sexuales. Pero la contradicción es sólo aparente: es evidente que la práctica de una sexualidad medicalizada, cuyo único interés radica en su rendimiento, programada y controlada por el médico, no resulta demasiado atractiva. No es difícil que se instale un círculo vicioso, si tenemos en cuenta, además, los efectos psicológicos de la repetición mensual del fracaso.

Tratamientos quirúrgicos. Se pueden proponer al hombre dos tipos de intervenciones quirúrgicas. Uno de ellos corresponde al diagnóstico de varicocele, que se encuentra en muchos hombres infecundos, a pesar de que, después de la operación, no se observa una mayor frecuencia de embarazos en sus mujeres y de que el varicocele puede encontrarse también en padres de familias numerosas. El otro tipo de intervención intenta restablecer la permeabilidad de los canales espermáticos cuando éstos se encuentran bloqueados, aunque muchas veces este tipo de obstáculo es inaccesible a la cirugía.

Para la mujer, existe la cirugía reparadora o reconstructora de las trompas de Falopio. Diferentes autores indican que las principales causas de obstrucción tubárica son las enfermedades de transmisión sexual no detectadas o mal tratadas, las infecciones provocadas por la utilización del DIU sin un seguimiento adecuado, los descuidos en intervenciones quirúrgicas, los abortos realizados en malas condiciones sanitarias, etc. En Estados Unidos la obstrucción tubárica representa el 21 por ciento de las causas de esterilidad, en Francia el 25 por ciento. Se considera que la cirugía de las trompas alcanza el éxito en un tercio de los casos. Si menciono estas cifras es porque se acepta generalmente que la esterilidad por factor tubárico es la principal indicación para la fecundación in vitro (FIV): diversos investigadores coinciden en apreciar que sería más rentable y racional emplear fondos para *prevenir* enfermedades de transmisión sexual y tratar las ya contraídas, las infecciones pélvicas y la tuberculosis (cuya incidencia está aumentando en España y cuya localización genital es una causa no desdeñable de esterilidad), que emplearlos en desarrollar programas de FIV, ya que de esta forma se eliminaría al menos parte de las causas de la esterilidad, en lugar de paliar costosamente las consecuencias.

De aquí en adelante, los tratamientos conciernen sólo a la mujer.

Inducción de la ovulación. Ante la ausencia de ovulación, se puede estimular el circuito hipotálamo-hipofisario que interviene en la regulación de ovulación o, si aquél no responde, actuar directamente sobre los folículos ováricos mediante dos hormonas: HMG (gonadotrofina menopáusica humana), que permite obtener la maduración folicular, y HCG (gonadotrofina coriónica humana), que desencadena la ovulación. Se trata de una terapéutica sustitutiva, que no tiene en cuenta los mecanismos finos de regulación del sistema endocrino; por ello, las posibilidades de éxito aumentan paralelamente a los riesgos: el crecimiento folicular puede descontrolarse, en cuyo caso el folículo puede alcanzar una dimensión enorme y romperse, lo que requiere hospitalización; el número de folículos estimulados es casi siempre superior a uno, lo que conlleva el riesgo de embarazos múltiples; y sobre todo, en caso de maduración de un exceso de folículos, sucede a menudo que ninguno alcance la plena madurez.

Estos tratamientos sólo están indicados para un pequeño número de mujeres cuya actividad ovárica es prácticamente nula. Sin embargo, los textos consultados indican que muchos médicos los aplican con el simple fin de *mejorar* la ovulación de mujeres que ovulan espontáneamente, por lo que se llega a hablar de un "encarnizamiento terapéutico peligroso". Los éxitos tampoco son muy numerosos: se obtiene la ovulación en un 80 por ciento de los casos y el embarazo en un 30 a 40 por ciento, pero hay que añadir que aumenta el riesgo de abortos espontáneos, que se producen en un 25 por ciento de los casos.

Janaud y Delaisi de Parseval observan que hay algo más grave aún que el encarnizamiento terapéutico: *condenar* a una mujer a ovular, en efecto, es negarse a considerar la significación inconsciente de la anovulación y esa negación contribuye a reforzar las resistencias o a desplazarlas. Las mujeres que recurren a un tratamiento para la esterilidad manifiestan su deseo de hijo, pero la falta de ovulación, al mismo tiempo, les permite evitar el *riesgo* del embarazo. Forzar la ovulación equivale a ignorar la complejidad de la situación en la que se encuentran: disyunción del deseo y la demanda, ambivalencia, conflicto entre deseos encontrados o, al menos obstáculos inconscientes para la realización de lo que se formula como deseo. La alta tasa de abortos, en estos casos, da cuenta del rechazo al embarazo forzado. Negar el valor de síntoma de la anovulación equivale, para los autores mencionados, a hacer pasar a la paciente del estado de mujer al de animal, pues este tratamiento se acompaña del fantasma megalomaníaco de hacer ovular a la mujer como se hace poner un huevo a una gallina ante una señal. Se puede comparar la inducción de la ovulación con la intubación de una paciente anoréxica para alimentarla por la fuerza, con la diferencia de que en este caso se intenta salvar su vida.

Inseminación artificial conyugal (IAC). El médico inseminador deposita el esperma del marido (que lo recogió previamente en un recipiente mediante la masturbación), con ayuda de una sonda o cánula muy finita, en el moco cervical en el momento de la ovulación. Los resultados de la aplicación de esta técnica son contradictorios y poco claros. Entre las indicaciones figuran todos los grados de insuficiencia espermática: desde un esperma prácticamente normal (y entonces no se entiende por qué se propone una IAC) hasta una azoospermia casi completa (lo que también la hace incomprensible). También hay indicaciones femeninas que conciernen a la insuficiencia del moco cervical, cuestión en la que la ignorancia parece ser casi total, e indicaciones femeninas y masculinas conjuntamente. Algunos autores consideran que se propone una IAC cuando no se sabe qué tratamiento prescribir, e incluso refieren que se producen más embarazos durante los meses siguientes al abandono de las inseminaciones que durante su realización. En este contexto, la IAC podría ocupar el lugar de una especie de rito iniciático que haría posible la consecución de algunos embarazos.

Pero esto no sucede sólo en el caso de la IAC: en el dominio actualmente mal definido de las esterilidades inexplicables, Dubuisson y sus colaboradores de la Clínica Universitaria de Port-Royal reconocen que los resultados deben ser analizados con prudencia. ¿Quién de nosotros, se preguntan, no ha observado cierto número de embarazos espontáneos en pacientes en lista de espera para estos tratamientos o después de haber fracasado con ellos?[2]. Esto ha llevado a F. Laborie a incluir irónicamente, entre las numerosas siglas correspondientes a las NTR (IAC, IAD, FIV, GIFT, etc.) a la ILE: ¡inscripción en lista de espera!

E. Weil considera que la intervención del médico borra la vergüenza y la culpabilidad al hacerse cargo del deseo de hijo y de su realización mediante la tecnología[3]. Pero estos efectos psicológicos pueden producirse en tanto el rito iniciático introduce una mediación simbólica faltante en la pareja. Esto nos remite, una vez más, al contraste entre la escasa eficacia práctica de estas técnicas y sus desmesurados e imprevisibles efectos simbólicos.

Janaud y Parseval consideran que el principio mismo de la IAC se basa en una paradoja: en el momento fértil del ciclo, la pareja reemplaza las relaciones sexuales por una intervención médica. Estos autores observaron que numerosos pacientes se abstenían de tener relaciones sexuales después de la IAC por miedo a "perturbar el proceso". Aunque ninguna razón médica prohíbe las relaciones sexuales, éstas son rara vez mencionadas en las sesiones de inseminación. Hay un significativo silencio tanto por parte de los pacientes como del médico, como si fuera molesto para todos los protagonistas pensar que el niño sería un producto de la pareja. Los pacientes no se permiten pensar que son ellos los que hacen al niño.

Por otra parte, la IAC permite a una pareja que tiene un problema de orden sexual (vaginismo en la mujer, impotencia o eyaculación precoz en el hombre) obturarlo —puesto que no se trata de resolverlo— y encubrirlo con una procreación que aparecería entonces como prueba de su normalidad. Este planteamiento no supone, de ningún modo, sostener un fantasma de normalización de la vida sexual de las personas sino que pretende cuestionar la utilización de una técnica como garantía médica para el mantenimiento de un síntoma, de manera que no sólo se lo encubre sino que no se puede buscar su resolución.

Inseminación artificial con donante (IAD). La inseminación con esperma de donante no es un tratamiento en el sentido médico del término, sino la sustitución del esperma de un individuo, inadecuado para la fecundación, por el esperma fecundante de otro. En este caso, la voluntad de la pareja se encuentra apoyada, no sólo por el médico, sino también por una institución social, los bancos de semen, que ha erigido esta práctica en un sistema organizado con sus propias reglas. La única diferencia, aparentemente, con la IAC, reside en que el esperma es aportado por un donante. El mayor equívoco deriva del hecho de que, puesto que la mayor parte de las infertilidades masculinas son oligospermias y no azoospermias (en que la esterilidad es total), muchas parejas pasan por un período en que se les aplica la IAC antes de pasar, en caso de fracaso, a la IAD. En la medida en que el acto inseminador es el mismo, se instaura una confusión entre ambos procesos que, sin embargo, son completamente diferentes desde el punto de vista de la filiación y de los fantasmas que suscitan.

La IAD funciona como un simulacro de fecundación natural, encubriendo insidiosamente el don, que no es un medicamento, sino un material biológico emitido y donado anónimamente por un ser humano. En este caso, la medicina se hace cargo de una situación que, a priori, no tiene un carácter médico, puesto que no existe ningún tratamiento eficaz para la esterilidad masculina. Esta técnica disocia la filiación de la procreación: si la certeza de que el padre social coincide con el padre biológico nunca es absoluta, en este caso existe la seguridad de que el padre no es el progenitor. Se trata de una especie de adulterio medicalizado y asexuado. Pero más que de una indicación médica, en realidad, se trata de una indicación social, en que la institución (banco de esperma) se convierte en soporte de la filiación. Es el banco el que almacena y distribuye el esperma, jugando el papel de donante ante las parejas receptoras, lo que lo inviste de un poder casi mágico, capaz de superar por sí mismo la infertilidad de la pareja y de crear un vínculo de filiación entre el niño que va a nacer y su padre estéril. Se convierte así en agente inconsciente de presupuestos ideológicos que no reconoce ni cuestiona.

Janaud y Parseval, tras largos años de trabajo, como ginecólogo y psicoanalista respectivamente, en el campo de la IAD, se plantean una serie de interrogantes con respecto a esta técnica: ¿A qué precio se conciben estos niños imposibles? ¿En qué medida la medicina tiene derecho a administrar la filiación de las parejas? ¿Cuál es el límite entre el hacerse cargo de sí mismo por parte del individuo y la asistencia que la sociedad ofrece? ¿Cada individuo tiene "derecho a un niño" del mismo modo que tiene "derecho a un empleo"? ¿Es legítimo que alguien se dirija a instituciones sociales para demandar asistencia en este terreno?

Con respecto a las tasas de éxito de esta técnica, los autores refieren un 8 por ciento de fecundaciones por ciclo (la tasa natural es de un 25 por ciento por ciclo), de modo que al cabo de un año de inseminaciones repetidas se obtiene la concepción en el 50 por ciento de los casos. El otro 50 por ciento, los casos que fracasan, habrá de perseverar durante otro año, dos, a veces cinco, o renunciar. Pero es necesario considerar qué significa, en la IAD, éxito o fracaso.

Evidentemente, para los médicos el éxito es el embarazo. Esto coincide, aparentemente, con la expectativa de la pareja de concebir un hijo. Sin embargo, el fracaso de intentos reiterados de IAD nos obliga a cuestionarnos sobre el deseo de hijo mientras, por otra parte, algunos de los embarazos obtenidos, lejos de poder calificarse como éxitos, han tenido consecuencias dramáticas: para muchos hombres la situación parece ser insoportable, como lo atestiguan los abandonos del hogar, divorcios e intentos de suicidio desencadenados por el logro de la concepción con donante. Del mismo modo, la IAD puede despertar tantas resistencias en la mujer, por sus connotaciones fantasmáticas, que algunas jamás podrán ser fecundadas mediante IAD aunque sean muy fértiles.

La hipermedicalización del sistema aumenta los riesgos durante el embarazo y el parto (50 por ciento de fórceps y cesáreas; 40 por ciento de las cesáreas se realizan preventivamente, etc.) y la angustia durante la crianza del niño.

En cuanto al futuro del niño concebido por IAD, ¿habrá de mantenerse el secreto de su origen biológico, con los efectos inconscientes imprevisibles que todo secreto familiar comporta? Y si se le dice la verdad, ¿qué hacer ante su posible deseo de conocer sus orígenes? En casi todos los países, los bancos de esperma mantienen un secreto absoluto sobre la identidad de los donantes. En Suecia, la ley ha autorizado recientemente a revelar esa identidad cuando el niño llega a 18 años, pero la consecuencia del reconocimiento de este derecho condujo a una notable disminución del número de donantes.

¿Quién detenta el secreto de los orígenes? En Bélgica, Schoysman, el médico que administra los bancos de semen nacionales, tiene el nombre de todos los donantes en una caja fuerte, cuyo código sólo él conoce.

¿Es normal que un médico detente tal poder? Esta pregunta ha sido formulada por Frydman, que no se muestra muy partidario de la IAD: afirma que no es simple comprender las motivaciones de los donantes y que él mismo sería incapaz de realizar un acto similar. Frydman sugiere a las parejas que demandan una IAD la conveniencia de adoptar un hijo. Podemos apreciar la diferencia entre las propuestas de Frydman para cada uno de los sexos. Puesto que se trata de esterilidad masculina y el hombre debe aceptar su imposibilidad de procrear, el deseo de la mujer de concebir y gestar su propio hijo pasa a un segundo plano y la IAD aparece como un simulacro. En el caso de la hipofertilidad masculina o de la infertilidad femenina, en cambio, no sugiere la adopción sino la FIV, en la que los riesgos de la intervención se localizan en el cuerpo de la mujer: su deseo de tener un hijo propio es legitimado en tanto se puede garantizar al hombre la paternidad biológica.

El soporte ideológico de los bancos de esperma se pone de manifiesto cuando constatamos que, en la mayoría de los países, aquéllos practican la donación de esperma de pareja a pareja (estén o no casados sus miembros) pero lo niegan a las mujeres solas, ya sean solteras, viudas o divorciadas. De este modo, aceptan la idea de que una mujer que vive con un hombre (estéril) no quiera buscar el esperma fecundante mediante relaciones sexuales fuera de la pareja establecida. Pero rechazan la posibilidad de que una mujer que vive sola no quiera buscar el esperma fecundante mediante relaciones sexuales con algún hombre, puesto que argumentan que no se trata de esterilidad sino de la decisión voluntaria de no recurrir a un hombre.

(1) *G. Delaisi de Parseval y A. Janaud,* L'enfant a tout prix, *París, Seuil, 1983; J. Testart,* El embrión transparente, *Barcelona, Granica, 1988; R. Frydman,* L'irrésistible désir de naissance, *París, PUF, 1986; L. Taboada,* La maternidad tecnológica, *Barcelona, Icaria, 1986. Agradezco a Luz Casasnovas Susanna (profesora de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad de las Palmas de Gran Canaria), su lectura y sugerencias sobre esta sección.*

(2) *J. B. Dubuisson,* et al., *"Le GIFT: avantages et inconvenients",* Fertilité contraception, sexualité, *vol. 15, núm. 7-8, 1987.*

3 *E. Weil 'L'abord psychologique des couples receveurs de dons d'ovocites anonymes",* Fertilité, contraception, sexualité, *vol. 15, núm. 7-8, 1987.*

Láser dental

LA LINTERNA MAGICA

Por S.M.

"Viejo, viejo, mirá, en el suplemento **Futuro** de **Página/12** apareció lo que vos estás buscando", gritó la esposa del odontólogo Moisés Coogan, un sábado apacible y sin caries a la vista.

Ese día se reproducía en **Futuro** un artículo de la revista *Omni* que mencionaba la construcción de un aparato bautizado con la denominación inglesa "dental laser", por estas tierras aceptada como "láser dental". Esa noche Coogan no durmió. Venía pasando varios años pensando cómo hacerle perder a la gente —chicos y grandes— el miedo al torno. Y sabía que, sin saberlo, el inventor del láser le daría la respuesta.

Este suplemento le proporcionó las señas de la publicación original; se contactó con ella hasta conseguir los datos de los inventores y llegó hasta la American Dental Laser de Estados Unidos, desde donde el flamante instrumental empezaba a desparramarse por el mundo. Después de estos trámites, algo más le quitó el sueño: conseguir los U$S 50.000 que debía oblar para desembarcarlo en la Argentina.

Hoy el láser dental ya está aquí convertido en el primero instalado en el país y el segundo en Sudamérica (en Brasil también se consigue). Los que ya se sentaron en el temido sillón con buchera incorporada aseguran que, después de esta linterna mágica, vade retro al torno.

El láser dental fue desarrollado por una dentista para los dentistas que seguían de cerca la trayectoria del invento de los años 60, especialmente sus aplicaciones médicas.

"Esta 'emisión amplificada y estimulada de radiación' que es cualquier láser —explicó a **Futuro** Coogan— permite, en odontología, realizar cirugías menores preparando la cavidad, desensibilizando los dientes, raspando y haciendo curetaje de raíz, además de incisiones y excisiones en encías."

"El láser ahorra tiempo —agregó— porque elimina, combina y simplifica pasos e introduce soluciones al problema de la hipersensibilidad. Es preciso, con lo cual se evita la destrucción del tejido sano. Mantiene el campo seco de hemorragias reduciendo el peligro de infecciones tanto para el paciente como para el dentista, y esto tiene especial importancia en los tiempos del SIDA."

Con la eliminación del dolor queda totalmente justificado el uso del láser dental. El miedo al torno ha hecho volver sobre sus pasos al más valiente de los pacientes. "Todas las personas que son tratadas con este instrumental —dijo Coogan— nos informan diariamente de la ausencia de dolor. Ocasionalmente puede requerirse anestesia, pero se está eliminando en la mayoría de los casos."

Una encuesta realizada en Estados Unidos entre pacientes tratados con el láser dental reveló que el 100 por ciento prefiere la "luz mágica" a la fresa. Hoy hay alrededor de 500 láseres dentales en todo el mundo desde que la Food and Drug Administration (FDA) les dio su aprobación en mayo de 1991. Una "primera generación" tecnológica que llegó para vencer a los temibles dentistas y su poderoso torno eléctrico.

Vuelve el Museo Houssay

CASA PATERNA

Por Pablo Reyero

El pasado 29 de abril reabrió el Museo Bernardo Houssay, después de permanecer cinco años cerrado por falta de recursos para su mantenimiento y reparación. Ubicado en la esquina de las calles Viamonte y Boulogne Sur Mer, es en realidad una casa de dos pisos construida entre 1922 y 1925 por el propio científico argentino cuando, aun lejos del reconocimiento internacional y el Nobel, fue distinguido con el premio nacional de ciencias, pudo comprar el terreno y mediante una hipoteca edificar. Al morir el doctor Houssay, en 1971, la casa familiar fue adquirida por el CONICET con el fin de preservar la memoria de quien fuera su fundador, objetivo que recién pudo concretarse en 1977 y bajo la dirección de la Fundación para la Educación, la Ciencia y la Cultura (FECIC), con la apertura del museo. Pero los avatares político-económicos del país y el recorte en los fondos destinados a las áreas científicas determinaron su cierre en 1987. Cinco años de polvo se acumularon en los lomos de los libros de la biblioteca, en los peldaños y la baranda de la escalera de pulido lapacho, hasta que a principios de 1991 la FECIC y el Centro Industrial de Laboratorios y Farmacéuticos Argentinos (CILFA) asumieron el reacondicionamiento y lanzaron la nueva apertura del museo, con la intención de convertirlo en un centro de irradiación científica.

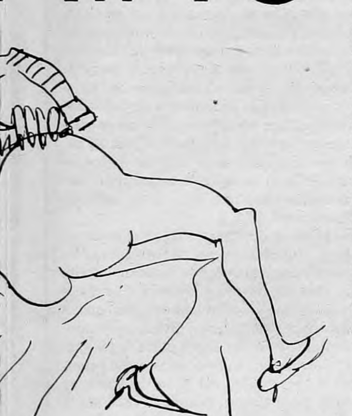
"Pensamos que tan importante como abrir directrices hacia el futuro es preservar el pasado, la tradición. Por eso la planta alta de la casa funcionará como centro de exposiciones, debates y seminarios científicos abiertos a graduados y estudiantes, mientras que en la planta baja estará el museo con entrada libre", explica el doctor Pablo Cheiú, director ejecutivo de CILFA. El inicio de actividades de neto corte científico está previsto para el 14 de mayo próximo, con la primera de una serie de disertaciones sobre Cancerología que se extenderán durante los meses de junio y julio.

En la actualidad, esta casa de nueve ambientes mantiene en su planta baja el estudio del doctor Houssay, su escritorio y biblioteca. Pueden apreciarse también, protegidas dentro de vitrinas, la medalla del Premio Nobel en Fisiología, que obtuviera por su investigación sobre "el papel de la hipófisis en la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono", probando así la existencia de un sistema endócrino coordinado por una glándula reina, la hipófisis, que regula hormonas de numerosas funciones; las investiduras que utilizara Houssay al doctorarse en las universidades de Harvard en 1936, donde convivió con Piaget y Kelsen, entre otras cincuenta personalidades científicas a nivel mundial, de Lyon en 1946 y de Oxford en 1947; e inclusive innumerables fotos que atrapan momentos familiares y con sus discípulos de la Facultad de Medicina.

La celebración de reapertura del museo contó con la presencia de autoridades nacionales, municipales y del quehacer científico, y además con sorpresivas figuras como Carlos Salvador Bilardo y Moisés Ikonicoff.

aumaturgo

OL DE LO NINO



Inseminación artificial conyugal (IAC). El médico inseminador deposita el esperma del marido (que lo recogió previamente en un recipiente mediante la masturbación), con ayuda de una sonda o cánula muy finita, en el moco cervical en el momento de la ovulación. Los resultados de la aplicación de esta técnica son contradictorios y poco claros. Entre las indicaciones figuran todos los grados de insuficiencia espermática: desde un esperma prácticamente normal (y entonces no se entiende por qué se propone una IAC) hasta una azoospermia casi completa (lo que también la hace incomprensible). También hay indicaciones femeninas que conciernen a la insuficiencia del moco cervical, cuestión en la que la ignorancia parece ser casi total, e indicaciones femeninas y masculinas conjuntamente. Algunos autores consideran que se propone una IAC cuando no se sabe qué tratamiento prescribir, e incluso refieren que se producen más embarazos durante los meses siguientes al abandono de las inseminaciones que durante su realización. En este contexto, la IAC podría ocupar el lugar de una especie de rito iniciático que haría posible la consecución de algunos embarazos.

Pero esto no sucede sólo en el caso de la IAC: en el dominio actualmente mal definido de las esterilidades inexplicables, Dubuisson y sus colaboradores de la Clínica Universitaria de Port-Royal reconocen que los resultados deben ser analizados con prudencia. ¿Quién de nosotros, se preguntan, no ha observado cierto número de embarazos espontáneos en pacientes en lista de espera para estos tratamientos o después de haber fracasado con ellos?[2]. Esto ha llevado a F. Laborie a incluir irónicamente, entre las numerosas siglas correspondientes a las NTR (IAC, IAD, FIV, GIFT, etc.) a la ILE: ¡inscripción en lista de espera!

E. Weil considera que la intervención del médico borra la vergüenza y la culpabilidad al hacerse cargo del deseo de hijo y de su realización mediante la tecnología[3]. Pero estos efectos psicológicos pueden producirse en tanto el rito iniciático introduce una mediación simbólica faltante en la pareja. Esto nos remite, una vez más, al contraste entre la escasa eficacia práctica de estas técnicas y sus desmesurados e imprevisibles efectos simbólicos.

Janaud y Parseval consideran que el principio mismo de la IAC se basa en una paradoja: en el momento fértil del ciclo, la pareja reemplaza las relaciones sexuales por una intervención médica. Estos autores observaron que numerosos pacientes se abstenían de tener relaciones sexuales después de la IAC por miedo a "perturbar el proceso". Aunque ninguna razón médica prohíbe las relaciones sexuales, éstas son rara vez mencionadas en las sesiones de inseminación. Hay un significativo silencio tanto por parte de los pacientes como del médico, como si fuera molesto para todos los protagonistas pensar que el niño sería un producto de la pareja. Los pacientes no se permiten pensar que son ellos los que hacen al niño.

Por otra parte, la IAC permite a una pareja que tiene un problema de orden sexual (vaginismo en la mujer, impotencia o eyaculación precoz en el hombre) obturarlo —puesto que no se trata de resolverlo— y encubrirlo con una procreación que aparecería entonces como prueba de su normalidad. Este planteamiento no supone, de ningún modo, sostener un fantasma de normalización de la vida sexual de las personas sino que pretende cuestionar la utilización de una técnica como garantía médica para el mantenimiento de un síntoma, de manera que no sólo se lo encubre sino que no se puede buscar su resolución.

Inseminación artificial con donante (IAD). La inseminación con esperma de donante no es un tratamiento en el sentido médico del término, sino la sustitución del esperma de un individuo, inadecuado para la fecundación, por el esperma fecundante de otro. En este caso, la voluntad de la pareja se encuentra apoyada, no sólo por el médico, sino también por una institución social, los bancos de semen, que ha erigido esta práctica en un sistema organizado con sus propias reglas. La única diferencia, aparentemente, con la IAC, reside en que el esperma es aportado por un donante. El mayor equívoco deriva del hecho de que, puesto que la mayor parte de las infertilidades masculinas son oligospermias y no azoospermias (en que la esterilidad es total), muchas parejas pasan por un período en que se les aplica la IAC antes de pasar, en caso de fracaso, a la IAD. En la medida en que el acto inseminador es el mismo, se instaura una confusión entre ambos procesos que, sin embargo, son completamente diferentes desde el punto de vista de la filiación y de los fantasmas que suscitan.

La IAD funciona como un simulacro de fecundación natural, encubriendo insidiosamente el don, que no es un medicamento, sino un material biológico emitido y donado anónimamente por un ser humano. En este caso, la medicina se hace cargo de una situación que, a priori, no tiene un carácter médico, puesto que no existe ningún tratamiento eficaz para la esterilidad masculina. Esta técnica disocia la filiación de la procreación: si la certeza de que el padre social coincide con el padre biológico nunca es absoluta, en este caso existe la seguridad de que el padre no es el progenitor. Se trata de una especie de adulterio medicalizado y asexuado. Pero más que de una indicación médica, en realidad, se trata de una indicación social, en que la institución (banco de esperma) se convierte en soporte de la filiación. Es el banco el que almacena y distribuye el esperma, jugando el papel de donante ante las parejas receptoras, lo que lo inviste de un poder casi mágico, capaz de superar por sí mismo la infertilidad de la pareja y de crear un vínculo de filiación entre el niño que va a nacer y su padre estéril. Se convierte así en agente inconsciente de presupuestos ideológicos que no reconoce ni cuestiona.

Janaud y Parseval, tras largos años de trabajo, como ginecólogo y psicoanalista respectivamente, en el campo de la IAD, se plantean una serie de interrogantes con respecto a esta técnica: ¿A qué precio se conciben estos niños imposibles? ¿En qué medida la medicina tiene derecho a administrar la filiación de las parejas? ¿Cuál es el límite entre el hacerse cargo de sí mismo por parte del individuo y la asistencia que la sociedad ofrece? ¿Cada individuo tiene "derecho a un niño" del mismo modo que tiene "derecho a un empleo"? ¿Es legítimo que alguien se dirija a instituciones sociales para demandar asistencia en este terreno?

Con respecto a las tasas de éxito de esta técnica, los autores refieren un 8 por ciento de fecundaciones por ciclo (la tasa natural es de un 25 por ciento por ciclo), de modo que al cabo de un año de inseminaciones repetidas se obtiene la concepción en el 50 por ciento de los casos. El otro 50 por ciento, los casos que fracasan, habrá de perseverar durante otro año, dos, a veces cinco, o renunciar. Pero es necesario considerar qué significa, en la IAD, éxito o fracaso.

Evidentemente, para los médicos el éxito es el embarazo. Esto coincide, aparentemente, con la expectativa de la pareja de concebir un hijo. Sin embargo, el fracaso de intentos reiterados de IAD nos obliga a cuestionarnos sobre el deseo de hijo mientras, por otra parte, algunos de los embarazos obtenidos, lejos de poder calificarse como éxitos, han tenido consecuencias dramáticas: para muchos hombres la situación parece ser insoportable, como lo atestiguan los abandonos del hogar, divorcios e intentos de suicidio desencadenados por el logro de la concepción con donante. Del mismo modo, la IAD puede despertar tantas resistencias en la mujer, por sus connotaciones fantasmáticas, que algunas jamás podrán ser fecundadas mediante IAD aunque sean muy fértiles.

La hipermedicalización del sistema aumenta los riesgos durante el embarazo y el parto (50 por ciento de fórceps y cesáreas; 40 por ciento de las cesáreas se realizan preventivamente, etc.) y la angustia durante la crianza del niño.

En cuanto al futuro del niño concebido por IAD, ¿habrá de mantenerse el secreto de su origen biológico, con los efectos inconscientes imprevisibles que todo secreto familiar comporta? Y si se le dice la verdad, ¿qué hacer ante su posible deseo de conocer sus orígenes? En casi todos los países, los bancos de esperma mantienen un secreto absoluto sobre la identidad de los donantes. En Suecia, la ley ha autorizado recientemente a revelar esa identidad cuando el niño llega a 18 años, pero la consecuencia del reconocimiento de este derecho condujo a una notable disminución del número de donantes.

¿Quién detenta el secreto de los orígenes? En Bélgica, Schoysman, el médico que administra los bancos de semen nacionales, tiene el nombre de todos los donantes en una caja fuerte, cuyo código sólo él conoce.

¿Es normal que un médico detente tal poder? Esta pregunta ha sido formulada por Frydman, que no se muestra muy partidario de la IAD: afirma que no es simple comprender las motivaciones de los donantes y que él mismo sería incapaz de realizar un acto similar. Frydman sugiere a las parejas que demandan una IAD la conveniencia de adoptar un hijo. Podemos apreciar la diferencia entre las propuestas de Frydman para cada uno de los sexos. Puesto que se trata de esterilidad masculina y el hombre debe aceptar su imposibilidad de procrear, el deseo de la mujer de concebir y gestar su propio hijo pasa a un segundo plano y la IAD aparece como un simulacro. En el caso de la hipofertilidad masculina o de la infertilidad femenina, en cambio, no sugiere la adopción sino la FIV, en la que los riesgos de la intervención se localizan en el cuerpo de la mujer: su deseo de tener un hijo propio es legitimado en tanto se puede garantizar al hombre la paternidad biológica.

El soporte ideológico de los bancos de esperma se pone de manifiesto cuando constatamos que, en la mayoría de los países, aquéllos practican la donación de esperma de pareja a pareja (estén o no casados sus miembros) pero lo niegan a las mujeres solas, ya sean solteras, viudas o divorciadas. De este modo, aceptan la idea de que una mujer que vive con un hombre (estéril) no quiera buscar el esperma fecundante mediante relaciones sexuales fuera de la pareja establecida. Pero rechazan la posibilidad de que una mujer que vive sola no quiera buscar el esperma fecundante mediante relaciones sexuales con algún hombre, puesto que argumentan que no se trata de esterilidad sino de la decisión voluntaria de no recurrir a un hombre.

(1) *G. Delaisi de Parseval y A. Janaud,* L'enfant a tout prix, *París, Seuil, 1983; J. Testart,* El embrión transparente, *Barcelona, Granica, 1988; R. Frydman,* L'irrésistible désir de naissance, *París, PUF, 1986; L. Taboada,* La maternidad tecnológica, *Barcelona, Icaria, 1986. Agradezco a Luz Casasnovas Susanna (profesora de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud, Universidad de las Palmas de Gran Canaria), su lectura y sugerencias sobre esta sección.*

(2) *J. B. Dubuisson,* et al., *"Le GIFT: avantages et inconvenients",* Fertilité contraception, sexualité, *vol. 15, núm. 7-8, 1987.*

3 *E. Weil 'L'abord psychologique des couples receveurs de dons d'ovocites anonymes",* Fertilité, contraception, sexualité, *vol. 15, núm. 7-8, 1987.*

Vuelve el Museo Houssay

CASA PATERNA

Por Pablo Reyero

El pasado 29 de abril reabrió el Museo Bernardo Houssay, después de permanecer cinco años cerrado por falta de recursos para su mantenimiento y reparación. Ubicado en la esquina de las calles Viamonte y Boulogne Sur Mer, es en realidad una casa de dos pisos construida entre 1922 y 1925 por el propio científico argentino cuando, aun lejos del reconocimiento internacional y el Nobel, fue distinguido con el premio nacional de ciencias, pudo comprar el terreno y mediante una hipoteca edificar. Al morir el doctor Houssay, en 1971, la casa familiar fue adquirida por el CONICET con el fin de preservar la memoria de quien fuera su fundador, objetivo que recién pudo concretarse en 1977 y bajo la dirección de la Fundación para la Educación, la Ciencia y la Cultura (FECIC), con la apertura del museo. Pero los avatares político-económicos del país y el recorte en los fondos destinados a las áreas científicas determinaron su cierre en 1987. Cinco años de polvo se acumularon en los lomos de los libros de la biblioteca, en los peldaños y la baranda de la escalera de pulido lapacho, hasta que a principios de 1991 la FECIC y el Centro Industrial de Laboratorios y Farmacéuticos Argentinos (CILFA) asumieron el reacondicionamiento y lanzaron la nueva apertura del museo, con la intención de convertirlo en un centro de irradiación científica.

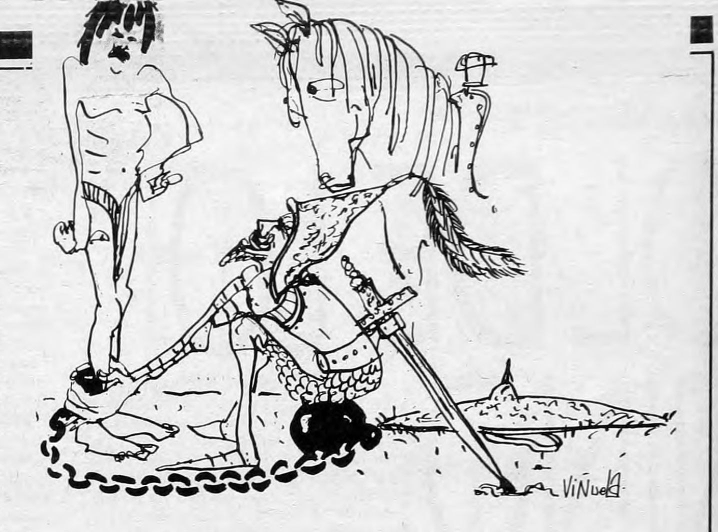
"Pensamos que tan importante como abrir directrices hacia el futuro es preservar el pasado, la tradición. Por eso la planta alta de la casa funcionará como centro de exposiciones, debates y seminarios científicos abiertos a graduados y estudiantes, mientras que en la planta baja estará el museo con entrada libre", explica el doctor Pablo Cheiú, director ejecutivo de CILFA. El inicio de actividades de neto corte científico está previsto para el 14 de mayo próximo, con la primera de una serie de disertaciones sobre Cancerología que se extenderán durante los meses de junio y julio.

En la actualidad, esta casa de nueve ambientes mantiene en su planta baja el estudio del doctor Houssay, su escritorio y biblioteca. Pueden apreciarse también, protegidas dentro de vitrinas, la medalla del Premio Nobel en Fisiología, que obtuviera por su investigación sobre "el papel de la hipófisis en la regulación del metabolismo de los hidratos de carbono", probando así la existencia de un sistema endócrino coordinado por una glándula reina, la hipófisis, que regula hormonas de numerosas funciones; las investiduras que utilizara Houssay al doctorarse en las universidades de Harvard en 1936, donde convivió con Piaget y Kelsen, entre otras cincuenta personalidades científicas a nivel mundial, de Lyon en 1946 y de Oxford en 1947; e inclusive innumerables fotos que atrapan momentos familiares y con sus discípulos de la Facultad de Medicina.

La celebración de reapertura del museo contó con la presencia de autoridades nacionales, municipales y del quehacer científico, y además con sorpresivas figuras como Carlos Salvador Bilardo y Moisés Ikonicoff.

La conquista, desde España

MEMORIA MORAL



Por Reyes Mate *

EL PAIS de Madrid

¿Celebrar el descubrimiento de América o recordar el encuentro violento con pueblos y culturas prehispánicas? Se celebran las victorias y se recuerdan las derrotas. En esta aventura histórica, España fue la parte militar y política victoriosa; nada de extrañar, pues, que por nuestro lado domine el sentimiento orgulloso de haber hecho algo grande. Y no me refiero a la política oficial u oficiosa del V Centenario cuanto al sentimiento difuso y persistente alimentado por enciclopedias de primaria, relatos literarios, monumentos populares o ideologizaciones políticas. Justo lo contrario de la otra parte.

Porque existen los otros, los que estaban allí y fueron vencidos y cuyos relatos no han cesado de contarse y transmitirse de generación en generación. Es la "visión de los vencidos", título además de una recopilación de testimonios madrugadores (los de "Motolinia", fray Bernardino de Sahagun, así como relatos mayas y nahuas) llevada a cabo por el mexicano León Portilla. No es un libro cualquiera, por la sencilla razón de que es aquí donde los niños mexicanos beben, en buena parte, la imagen que los indios de Tenochtitlan, Tlatelolco, Chalco o Tlaxcala se hicieron de los españoles y de la conquista de sus tierras.

Con la distancia que dan 500 años, ¡qué menos que acercarse a la visión de los vencidos! Si hoy late en una y otra parte el deseo de universalidad, es decir, de superar visiones parciales en vistas a unas relaciones de solidaridad, esta "visión de los vencidos" esclarece una parte de nuestra identidad.

De acuerdo con todos esos testimonios, Cortés y acompañantes se beneficiaron de las creencias mexicanas inquietas en aquellos momentos con la inminente vuelta del dios Quetzalcoatl. Fueron recibidos como dioses. Claro que al irlos conociendo más de cerca, al ver su reacción ante los objetos de oro que les envió Moctezuma, al tener noticias de las matanzas de Cholula y al contemplarlos cara a cara en Tenochtitlan ocurrió lo inevitable: que el aura se desvaneció y despertaron a la realidad de un grupo conquistador. Tuvo que enfrentarse el mundo indígena, casi mágico, con la sagacidad práctica de estos aventureros. Cuando empezaron a palpar los primeros objetos de oro "se les puso risueña la cara", dicen aquellos relatos, "como si fueran monos levantaban el oro... como unos puercos hambrientos ansiaban el oro". Así los veían.

Era lógico que los nativos espiaran cada movimiento, cada reacción de estos "bárbaros con lengua extraña, lengua salvaje". La descripción que hacen ellos tras la matanza de Cholula marca el tono: "Algunos van llevando puesto hierro, van ataviados de hierro, van relumbrando. Por esto se los vio con gran temor, van infundiendo espanto en todo: son muy espantosos, son horrendos". Temor que quita el sueño a Moctezuma, se apodera de los jefes y acaba grabándose para siempre en la retina del pueblo: "Llorad, amigos míos,/ tened entendido que con estos hechos hemos perdido la nación mexicatl./ El agua se ha acabado, se acabó la comida./ ¡Esto es lo que ha hecho el dador de la vida en Tlatelolco!". Del temor sacro se ha pasado al horror que infunden esos guerreros más fuertes que los convierte en esclavos. En sus coplas y memorias se repetirá como una maldición la última estrofa: "Donde llegaban los españoles, todo quedaba desolado". La religión no podía escapar a su consideración, pues pronto relacionaron dominios políticos con conversión religiosa. Ya tempranamente, en un momento clave, en la célebre matanza del Templo Mayor durante la fiesta de Toxcatl, se identifica a los matones como "cristianos": "Luego comienza el canto y baile. Va guiando a la gente un joven capitán; tiene su bezote ya puesto... Apenas ha comenzado el canto, uno a uno van saliendo los cristianos, van pasando entre la gente, luego de cuatro en cuatro fueron a apostarse en las entradas".

Entiéndase bien: no se trata de absolutizar un relato como la verdad histórica sino de entender cómo vio la otra parte el mismo acontecimiento. Y la "visión de los vencidos" no incita al festejo sino a la memoria.

Pero recordar, ¿para qué? Nosotros necesitamos hacer nuestros los recuerdos de los otros para salir del ensimismamiento. Es verdad que la España contemporánea es consciente de sus límites y no tiene el menor inconveniente en integrarse en unidades económicas, culturas o políticas superiores. Pero todo eso podría ser una insensata huida hacia adelante, si no fuéramos conscientes de unas responsabilidades que se han ido tejiendo en torno de lo que hemos ido siendo. "La visión de los vencidos" nos trae a la memoria responsabilidades adquiridas, acciones nuestras (de la España con la que nos identificamos) violentas e injustas que tienen que ver con los problemas actuales de esos países.

El error sería pensar que puesto que no las recordamos, ni forman parte de nuestra visión de aquellos hechos, están saldadas. No están saldadas ni podrán serlo en la medida en que afectan a generaciones que han desaparecido. Pero al ser contadas "por los otros", de generación en generación, se actualiza la denuncia, la reivindicación de sus derechos pendientes. Esa historia, así contada, afecta a la relación de los pueblos de uno y otro lado que son herederos de aquellos lejanos y sobresalientes acontecimientos.

Afecta a los españoles, no tanto en el sentido de que nuestro relativo bienestar tenga que ver con el oro americano y su relativo malestar con nuestra antigua explotación (las cosas son, evidentemente, más complejas, aunque bien vale aquí lo de "de aquellos polvos estos lodos") cuanto en un sentido moral: nuestra historia es, en buena parte, un botín. En el Zócalo de la ciudad de México puede apreciarse cómo la catedral de la religión llevada a América por España se levanta sobre las ruinas del Templo Mayor azteca. La cultura vencedora construye con las mismas piedras de la cultura vencida. Esa historia invita a una doble reflexión: sólo interiorizando la razón de los vencidos podemos evitar que cese la lógica del dominio, claramente manifiesta en la conquista de América y en todas las conquistas. El pueblo poderoso o la lógica del pueblo poderoso carece en sí misma de mecanismos para poner coto a su ambición; sólo si hace propia la causa de los vencidos, esto es, el derecho del otro a que se le respete en su dignidad. Esa sería la benéfica "venganza de Moctezuma": hacernos ver que *sin ellos no somos capaces de ser morales*, pues ellos nos develan una responsabilidad que por nuestra cuenta difícilmente descubriríamos.

La segunda consideración: el reconocimiento de la deuda moral pendiente se traduce en exigencia de solidaridad. La denuncia de "donde llegaban los españoles, todo quedaba desolado" no prescribe normalmente por mucho tiempo que pase porque sus efectos siguen vigentes: ¿acaso no está conformada la llamada identidad española con acontecimientos como aquéllos? Si lo valoramos como hazaña heroica, nos jactaremos de ello, pero si hacemos nuestro el recuerdo de la otra parte, tenemos que rebajar los humos, es decir, tenemos que cuestionar moralmente esa identidad nacional. Dicho en otras palabras: tenemos que canjear un poco de nacionalismo ético (en virtud del cual limitamos la obligación de solidaridad a los límites nacionales) por solidaridad internacional. Los países ricos del Norte, ninguno de los cuales carece de un pasado colonial, no pueden colocar la relación con los países pobres del Sur en la rúbrica de "ayudas al exterior" sino de "cumplimiento de responsabilidades". Una de las convicciones más sorprendentes e infundadas es la de limitar el ámbito de nuestras responsabilidades solidarias a los límites del Estado. Ahora bien, poner el peso del voto como fundamento de la solidaridad puede bastar a un nacionalismo ético, pero no a la moral que no puede quitarse de encima la mirada del otro que le recuerda su dignidad robada.

También la "visión de los vencidos" deberá afectar críticamente a las generaciones americanas actuales, aunque nosotros no somos quién para decirles cómo. Lo único que cabe señalar es que el recuerdo de los vencidos mira sobre todo al presente, y que si se subrayan los derechos pendientes del pasado es para romper una manera actual de hacer política que no sabe avanzar sin cobrarse nuevas víctimas. La actualización del pasado consiste en romper con esa lógica infernal de hacer historia, a la que, por cierto, tampoco escaparon los propios imperios prehispánicos.

En la plaza de Tlatelolco, en el lugar en el que Cortés derrotó a Cuauhtemoc, se ha levantado una lápida con la siguiente inscripción: "No fue triunfo ni derrota. Fue el doloroso nacimiento del pueblo mestizo que es el México de hoy". Es un generoso reconocimiento al vencedor como parte de la identidad mexicana actual. Y no se debe subestimar la generosidad del autor del texto, en nombre del realismo, porque la realidad se puede vivir con resentimiento.

Ahora falta la réplica desde nuestro lado, el del vencedor. Tiempo y trabajo va a costar verlo, ya que hacerlo supone reconocer los derechos del vencido como parte de nuestra identidad, esto es, como cuestionario de nuestra identidad. Para llegar tan lejos, el vencedor debería estar convencido de que sin ese recuerdo su identidad es potencialmente una amenaza para futuros o potenciales débiles. Nadie se lo cree, por más que la historia lo recuerde.

** Director de filosofía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.*

Informatizan el archivo de Indias

BARTOLOME DE LOS CHIPS

Por Leonardo Vargas

En mayo de 1590 el autor del *Quijote*, Miguel de Cervantes Saavedra, dirigió a la Corona española un memorial en el cual solicitaba se le concediese un empleo en las Indias. La contestación real fue breve y contundente: "Busque por acá en qué se le haga merced". El dato figura, con muchos otros referidos al período colonial en América, en un folleto editado por el Ministerio de Cultura español y en el que se informa sobre aspectos del "Proyecto de Informatización del Archivo General de Indias", con sede en la ciudad de Sevilla, la misma que actualmente concentra la atención de buena parte del mundo por la Exposición con que se conmemora el quinto centenario del arribo de la primera nave con conquistadores españoles a estas tierras. La anécdota referida a Cervantes es apenas un ejemplo de la inmensa colección de documentos de todo tipo en proceso de digitalización desde 1988, que las autoridades peninsulares desarrollan mediante un acuerdo con la Fundación Ramón Areces e IBM de España, y esperan comience a funcionar este mismo año.

El edificio del Archivo se encuentra en el centro mismo de Sevilla, a escasos metros de la Catedral de la ciudad y de La Giralda. Fue erigido en la época del rey Felipe II y se lo conoció como la Casa Lonja, hasta que, a instancias del rey Carlos III, fue acondicionada especialmente para el fin que cumple en la actualidad. Desde 1785 reúne en un solo lugar la documentación relativa a las colonias españolas, dispersa hasta entonces en la misma Sevilla, Cádiz y Simancas, abarca toda la extensión que va desde el sur de Estados Unidos hasta Tierra del Fuego y Filipinas entre los siglos XV y XIX y se basa en informes remitidos a España por parte de las administraciones representativas de la Corona en América, principalmente el Consejo de Indias, la llamada Casa de Contratación, los virreinatos, las Audiencias, gobernadores, capitanes generales, corregimientos, etcétera.

Los papeles reunidos en todo ese período se encuentran agrupados en legajos —unos 43 mil en total— de alrededor de 1000 folios cada uno, buena parte de ellos escritos en ambas caras. La sección de mapas y planos está compuesta por unas 7 mil piezas, a las que hay que agregar más de 9 kilómetros de estanterías.

Una funcionaria del Archivo explicó a **Página/12** que el proyecto apunta a optimizar los dos objetivos básicos de los archivos históricos: la *difusión* de los documentos garantizando su *conservación*. Con la iniciativa en marcha se espera obtener, dijo, beneficios en la conservación de esos documentos, ya que, una vez digitalizados, disminuirá sensiblemente la necesidad de manipulación. Asimismo se obtendrá una más rápida localización de los documentos, su visualización directa en pantalla, la posibilidad de realizar consultas remotas al sistema de datos textual y facilidades para obtener copias de aquéllos en papel o soportes informáticos.

El sistema, que deberá comenzar a funcionar íntegramente en 1992, en coincidencia con la recordación del Quinto Centenario, prevé para este año la consecución de una primera etapa en la que aproximadamente el 11 por ciento del total del Archivo (unas 9 millones de páginas) se habrá convertido en imágenes mediante digitalizadores conectados a microordenadores. Traspasado el umbral de 1992, se espera completar la informatización de los restantes documentos, unos 90 millones de páginas en total, y su almacenamiento en el archivo de imágenes.

Números aparte, el proyecto presenta alternativas interesantes, por ejemplo las investigaciones que se realizan para resolver los problemas planteados por la antigüedad de los documentos —reflejado en manchas, tintas decoloradas, transparencia de tintas y otros—, así como los estudios orientados a aumentar el contraste entre la tinta y el papel que la sustenta. Estos métodos han permitido leer con absoluta claridad el intercambio entre Cervantes y la Corona registrado al principio; una carta de Cristóbal Colón a su hijo Diego, del 5 de febrero de 1505, en la que le comenta el contenido de una conversación que tuvo con Américo Vespucio; un testamento escrito por Sebastián Elcano a bordo de la nave Victoria en pleno Océano Pacífico, en 1526, y otros testimonios del largo período de dominación española en sus colonias de América y Asia.